

Name, Vorname	
Adresse	
Geburtsdatum	Krankenkasse

**ANAMNESEBOGEN KARDIOLOGIE**

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Um bei der anschließenden Untersuchung keinen wichtigen Punkt zu vergessen, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe und um die Beantwortung nachfolgender Fragen:

**Beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden:**

---



---

**Vorgeschichte:**

Frühere Herzkatheteruntersuchungen?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	Im CCB <input type="radio"/>	Woanders: _____
Ist früher ein Herzinfarkt abgelaufen?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	Wann und wo? _____	
Frühere Herzoperationen/Ballondehnungen?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Schlaganfall/Thrombose/Embolie?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Schrittmacher?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Herzinsuffizienz?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Kontrastmittelallergie?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Schilddrüsenüberfunktion?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Sonstige Operationen?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	Welche und wann? _____	
Schwangerschaft (zurzeit)?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Infektionserkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	HIV	nein <input type="radio"/>
Hepatitis				ja <input type="radio"/>

**Risikofaktoren:**

Nikotin (Zigaretten)?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	Seit wann & wie viele? _____
Bluthochdruck?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	Seit ca. _____ Jahren bekannt.
Erhöhte Fettwerte (Cholesterin)?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	Weiß ich nicht <input type="radio"/>
Erhöhter Blutzucker?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	Weiß ich nicht <input type="radio"/>
Herzerkrankungen bei Familienangehörigen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	_____

**Medikamentenplan:**

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

**Versicherungsdaten:**

Stationäre Zusatzversicherung bei: \_\_\_\_\_ ja

Für  1-Bett-Zimmer  2-Bett-Zimmer  ärztliche Leistung

**Überweisender Arzt (Hausarzt):**

Name: \_\_\_\_\_

In unserem Zentrum führen wir auch wissenschaftliche Studien und Register mit unterschiedlichen Laufzeiten und unterschiedlichen Nachkontrollen durch. Dürfen wir Sie zu diesem Thema ansprechen? ja

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

## **EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
da wir das Thema Datenschutz in unserer Praxis sehr ernst nehmen, möchten wir Sie bitten, uns nachfolgend Ihre Wünsche im Umgang mit Ihren Daten mitzuteilen. Sollten Sie Fragen hierzu haben, steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung. (Vor- und Nachname – **bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**):

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass folgende Datenverarbeitungen mit meinen Daten durchgeführt werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit formlos und kostenfrei in Teilen und vollständig widerrufen. Der ergänzende Informationsbogen zur Einwilligung zur freiwilligen Datenverarbeitung steht mir zur Verfügung und wurde von mir zur Kenntnis genommen.

erlaubt

nicht erlaubt

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Meine Angehörigen (Ehe-/Lebenspartner, Kinder, Bekannte etc.) dürfen über meine aktuelle Erkrankung informiert werden, wenn ich nicht in der Lage bin, ihnen selbst Auskunft zu erteilen.<br><b>Bitte geben Sie entsprechende Namen an:</b> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Meine Patientendaten dürfen über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist kann ich die Löschung jederzeit verlangen.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Meine Patientendaten dürfen an den Weiterbehandelnden (z. B. Facharzt, Hausarzt) weitergeleitet werden.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Im Falle der stationären Aufnahme in das Bethanien oder Markus Krankenhaus bin ich mit der Datenübermittlung an die entsprechende Klinik einverstanden.   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Das CCB beteiligt sich an medizinischen Studien. Meine anonymisierten Daten und mögliche Restproben von mir dürfen im Labor für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.  |

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_